

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

401

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert MILON

Né le 12 Août 1899, à Versailles (S.-et-O.)

Présentée et soutenue publiquement le 31 OCT 1944 19..

REMARQUES SUR L'HISTOIRE
DE
L'INSUFFISANCE AORTIQUE

(Redde Caesari quae sunt Caesaris et...)

Evangile.

Président : M. LIAN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MILON.**

Prénom : **Robert.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

MILON (Robert). — Remarques
sur l'histoire de l'insuffisance
aortique. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1944, *in-8°*, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°.....).

MILON (Robert). — Remarques
sur l'histoire de l'insuffisance
aortique. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1944, *in-8°*, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°.....).

MILON (Robert). — Remarques
sur l'histoire de l'insuffisance
aortique. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1944, *in-8°*, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°.....).

MILON (Robert). — Remarques
sur l'histoire de l'insuffisance
aortique. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1944, *in-8°*, 55 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°.....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert MILON

Né le 12 Août 1899, à Versailles (S.-et-O.)

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

REMARQUES SUR L'HISTOIRE
DE
L'INSUFFISANCE AORTIQUE

(Redde Caesari quae sunt Caesaris et...)

Evangile.

Président : M. LIAN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944



I — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON
Technique opératoire	MOULONGUET
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	BROCQ.
	QUENU.
Clinique ophtalmologique	MONDOR.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N..
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAT	Pathologie médicale.
N.	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
N.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Rager)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	RENARD	Ophtalmologie.
DEGREZ (H.)	Physique.	RICHET	Physiologie.
DESOILLE	Médecine légale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LE LORIER	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

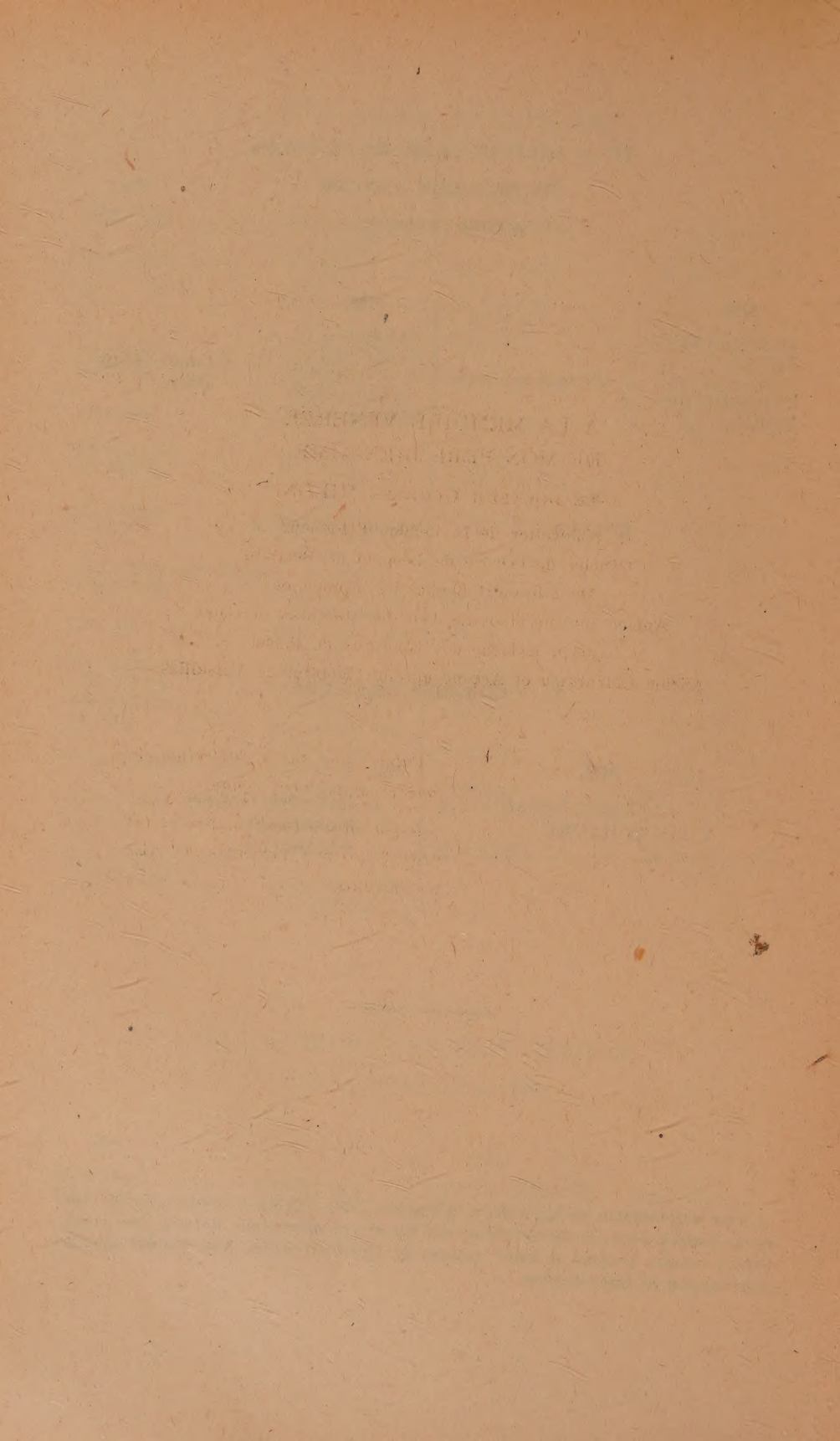
MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	

M.	
ECALLE	Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE VENEREE
DE MON PERE BIEN-AIME :

LE DOCTEUR GEORGES MILON

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre de Léopold de Belgique

Médaille d'Honneur des Epidémies

Ancien Interne Médaille d'Or des Hôpitaux de Caen

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Chirurgien et Accoucheur de l'Hôpital de Versailles

*Enlevé trop tôt à l'affection de
tous ceux qui l'ont connu.*

*Il fut mon premier maître et est
resté pour moi l'exemple de tous
les instants.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

*En témoignage de reconnaissance
et de profond amour filial.*

A MA FEMME

*Compagne dévouée des bons et
des mauvais jours, en témoignage
de ma grande affection.*

A MES ENFANTS CHERIS :

BERNARD ET JACQUELINE

*En témoignage de mon immense
tendresse.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

LE DOCTEUR ANTOINE VIEL

Croix de Guerre 1914-1918

Ancien Prosecteur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Radiologiste de l'Hôpital Bellier, à Nantes

En toute affection.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMILLE LIAN

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur d'Histoire de la Médecine

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Tenon

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance. Qu'il veuille bien
trouver ici l'assurance de mon en-
tier dévouement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale de l'Hôpital Baudelocque

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES

DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Il est d'usage à la Faculté que l'Elève exprime, aux premières pages de sa Thèse inaugurale, toute sa reconnaissance à l'adresse des Maîtres qui ont présidé à son éducation médicale, qui l'ont instruit et l'ont guidé dans ses études.

C'est une tradition, et nous sommes heureux qu'elle existe, car elle nous permet aujourd'hui de dire à nos Professeurs notre profonde gratitude.

Terminant aujourd'hui nos études médicales, plus de vingt-sept ans après les avoir commencées, nous devons d'abord saluer la mémoire de ceux qui furent parmi nos premiers Maîtres et qui, hélas ! ne sont plus...

C'est d'abord — car ce fut vraiment bien lui le premier de tous — à la mémoire de notre père que nous adressons un souvenir bien douloureusement ému : le Docteur Georges MILON, Chirurgien et Accoucheur de l'Hôpital Civil de Versailles, Chevalier de la Légion d'Honneur, Officier de l'Ordre de Léopold de Belgique, décoré de la Médaille d'Honneur des Epidémies, décédé prématurément peu après la guerre de 1914-1918, des suites d'une affection contractée en service alors que, dégagé de toute obligation militaire, il s'était engagé dès le 2 août 1914. C'est à lui que nous devons nos premiers rudiments de l'Art Chirurgical; c'est à lui aussi que nous devons ce profond respect de tout ce qui touche à l'art de guérir, le respect du malade, le respect des Lois de la Déontologie : nous avons conservé intacts ces principes, alors même que nous nous tenions éloigné des choses de

la Médecine. Devenu Docteur à notre tour, nous tiendrons à honneur de les mettre en application. Nous ne nous sommes jamais consolé de la perte de notre Père, mais nous savons toute la joie qu'il doit ressentir aujourd'hui, dans un monde meilleur, en nous voyant prendre notre grade de Docteur.

Au Professeur GILBERT, au Professeur Pierre DUVAL, au Professeur VAQUEZ, dont nous fûmes l'élève, nous devons les grandes disciplines qui nous guident dans l'établissement de notre diagnostic. Nous avons écouté, dans leurs services, les leçons de leurs Chefs de Clinique d'alors, que ce soit MM. CHABROL, Henri BÉNARD, DONZELOT, Antoine BASSET ou GATELLIER : ceux-ci, nous les avons retrouvés récemment, arrivés aux sommets de la Hiérarchie Médicale de la Faculté ou des Hôpitaux de Paris.

Dans le service de M. le Professeur Louis PORTES, nous avons étudié avec intérêt l'Art délicat de l'Obstétrique : nous lui devons grâces pour l'accueil si aimable qu'il nous a réservé et pour le bénéfice que nous avons retiré du lumineux enseignement qu'il nous a donné dans ses brillantes cliniques hebdomadaires.

Nous ne saurions oublier non plus son Chef de Clinique, le Docteur MUSSET, qui, au jour le jour, nous exposait, d'une façon à la fois méthodique et vivante, les problèmes si variés de l'Art des Accouchements : qu'il nous soit permis de saluer en lui un des plus remarquables « enseignants » qu'il nous ait été donné de rencontrer.

Dans les conditions toutes particulières dans lesquelles nous avons terminé nos études, c'est surtout à nos Chefs et à nos Camarades du Service de Santé Militaire que nous devons la plus grande part de notre gratitude.

A M. le Médecin Général Inspecteur FRIBOURG-BLANC, Professeur du Val-de-Grâce, qui fut jusqu'à ces derniers temps Directeur du Service de Santé de la Région de Paris, nous devons toute notre reconnaissance pour la

liberté qu'il nous a laissée de poursuivre nos travaux à la Faculté.

M. le Médecin Colonel HASSENFORDER, notre ancien Médecin Chef à l'Hôpital Militaire Bégin, n'a pas cessé de nous encourager dans notre voie avec une courtoise et amicale bienveillance qui nous fut bien précieuse. Devenu Médecin Chef et Conservateur de la Bibliothèque et du Musée de l'Hôpital Militaire du Val-de-Grâce, il a mis largement à notre disposition une grande partie des ouvrages et des documents qui nous étaient nécessaires pour la rédaction de notre Thèse : qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance et l'assurance de notre profond dévouement.

M. le Médecin Colonel BARRAUX, notre actuel Médecin Chef de l'Hôpital Militaire Bégin, sous la ferme et souriante autorité duquel il nous est agréable de servir, nous a, en toutes circonstances, témoigné une confiance qui nous honore : qu'il sache combien nous lui en sommes reconnaissant.

Nous trouvons chaque jour, auprès de M. le Médecin Lieutenant-Colonel MAGNENOT, Chef des Services d'Electro-Radiologie de l'Hôpital Bégin, un accueil toujours charmant et de précieuses leçons dans l'art d'interpréter les images radiologiques : nous l'en remercions bien vivement.

✓ M. le Médecin Commandant THIBONNEAU, Radiologiste des Hôpitaux de Paris, nous a souvent fait profiter de sa large expérience et de sa grande érudition : nous avons toujours été infiniment touché de la courtoisie de son accueil.

Assistant de M. le Médecin Commandant René LAMORE, nous apprécions chaque jour davantage la sûreté et la minutie de son diagnostic, la précision de ses prescriptions thérapeutiques, et aussi la délicatesse avec laquelle il sait nous guider dans nos examens en nous laissant croire que nous avons découvert, seul, ce qu'en fait

il vient de nous suggérer. Nous nous honorons de son amitié : qu'il sache combien celle que nous avons pour lui est sincère et sera fidèle.

M. le Médecin Commandant Charles BERGERET, Professeur agrégé du Service de Santé des Troupes Coloniales, nous accueille avec autant de simplicité que de bonne grâce dans son service où il aime nous montrer les cas intéressants qui y sont hospitalisés. Quel plaisir est le nôtre de nous instruire auprès d'un Maître tel que lui !

M. le Médecin Commandant Georges TOULEMONDE, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef des Services de Chirurgie de l'Hôpital Bégin, nous reçoit toujours avec une sympathie cordiale dont nous lui savons grand gré. Nous avons eu plusieurs fois l'honneur de l'assister dans ses interventions d'urgence, particulièrement tout récemment encore, au cours de la « Semaine héroïque ». Nous avons apprécié chaque fois sa douceur à l'adresse des blessés, sa courtoisie à l'égard de ses aides et nous lui sommes bien reconnaissant du profit que nous avons tiré des causeries que nous avons eues avec lui, toutes les fois que nous lui avons demandé des conseils pour des cas chirurgicaux.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le Médecin Commandant René BLONDEL, Chef du Laboratoire de Bactériologie, chez qui nous avons pu, tout à loisir, mettre en pratique et développer nos connaissances en la matière.

Il nous faut encore citer le Docteur Maurice LAMBERT, qui, Médecin Commandant de Réserve, fut notre Médecin Chef à l'Hôpital complémentaire Ambroise-Paré, à Neuilly-sur-Seine, aussitôt après l'Armistice de 1940 : il fut pour nous un chef bienveillant, et l'amitié qu'il nous témoigne en toutes circonstances nous honore grandement.

Il en est de même du Docteur Paul DE L'HÉLIAS, Médecin Principal de la Marine, ancien Chirurgien en Chef de l'Hôpital de Dieppe. Nous fûmes son assistant pen-

dant les quelques mois où il fut Chirurgien Chef de Service à l'Hôpital Militaire Bégin, période pendant laquelle nous eûmes grand plaisir à travailler sous ses ordres : lui aussi nous encouragea à persévérer lorsque nous nous ouvrîmes à lui de notre projet de terminer nos études de Doctorat et il nous est toujours agréable de nous rencontrer avec lui.

A l'Hôpital complémentaire Ambroise-Paré, nous étions l'assistant du Docteur Louis SAINT-PIERRE, Médecin Lieutenant de Réserve, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, ancien Chef de Clinique de la Faculté; Chirurgien distingué il fut pour nous le meilleur des camarades et le plus précieux des amis : c'est lui en effet qui, le premier, nous conseilla d'achever nos études médicales. Plusieurs années s'écoulèrent avant que nous ayions pu réaliser ce projet : il nous est agréable aujourd'hui de rappeler qu'il fut le bon conseiller et de lui exprimer notre reconnaissance.

Le Docteur SIMKOW, lui aussi Médecin Lieutenant de Réserve, avait insisté de son côté pour que nous prenions la même décision : nous n'aurions garde de l'oublier.

Les excellents conseils de notre ami, le Docteur LIQUIER, Radiologiste des Hôpitaux de Paris, qui, Médecin Lieutenant de Réserve, guida nos premiers pas dans l'obscurité de sa salle d'examen, nous sont, eux aussi, restés présents à l'esprit : qu'il en soit ici remercié.

Le Docteur Jean SAILLY, Médecin Lieutenant de Réserve, Oto-Rhino-Laryngologiste de valeur, l'ami des bons et des mauvais jours, a su, par son amicale insistance, soutenir en nous l'énergie nécessaire pour accomplir jusqu'au bout notre tâche, quelquefois assez rude : il trouvera ici l'expression de notre amitié très fidèle.

Nous ne saurions oublier non plus notre excellent camarade le Docteur Jean LAGAILLARDE, Médecin Lieutenant de Réserve : cachant parfois sous un apparent para-

doxe un esprit critique toujours averti, il nous guida de ses conseils au cours de ces derniers mois. Nous savons pouvoir compter sur lui en toutes circonstances : il doit apprendre ici qu'il n'a pas obligé un ingrat...

A MM. les Médecins Capitaines BIGOU et MOUGENOT, à nos Camarades les Médecins Lieutenants DHÉRY, Raymond DUPUIS, HUDELO, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris, au Docteur STEVENIN, tous en service à l'Hôpital Militaire Bégin, aux Docteurs Jean PETIT et Antoine VECCHIALI, qui y servirent également, nous voulons dire ici toute notre gratitude pour la façon si amicale dont ils nous accueillirent parmi eux, et aussi pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

Contrairement à la Tradition, nous avons gardé pour la fin de notre Avant-Propos l'expression des sentiments de très grande reconnaissance que nous devons à notre Président de Thèse, M. le Professeur Camille LIAN : qu'il nous soit permis de le remercier de sa si grande bienveillance due pour une très grande part, nous n'en doutons pas, à l'amitié dont il honorait notre père et qui remontait à la période, déjà bien estompée par le temps, de la guerre de 1914 : nous n'en sommes que plus touché de la fidélité du souvenir qu'il lui a gardé et dont nous bénéficions aujourd'hui.

INTRODUCTION

Ayant eu en traitement à plusieurs reprises, dans le Service de M. le Médecin Commandant René LANORE dont nous sommes l'assistant à l'Hôpital Militaire Bégin, des malades, généralement assez jeunes, atteints d'Insuffisance aortique d'origine endocarditique, — *maladie de Corrigan*, — notre attention fut attirée par le fait qu'à côté du souffle diastolique existait fréquemment un souffle systolique de la base. Ainsi donc, le schéma classique : double souffle aortique dans la maladie de Hodgson — souffle diastolique simple dans la maladie de Corrigan, nous parut quelque peu trop catégorique, et nous nous attachâmes à l'étude de ce point particulier, avec le désir de rechercher comment les auteurs avaient présenté la question.

Au cours d'une de nos lectures, un passage d'un article publié peu avant la guerre par M. le Professeur Camille LIAN vint nous confirmer dans notre impression. Voici ce que disait cet éminent auteur : (1)

« ... Nous signalerons à ce propos la fréquence avec laquelle il existe un souffle systolique au foyer aortique dans l'Insuffisance aortique rhumatismale. Il est classique de le considérer alors comme un souffle

(1) Importance de la zone silencieuse « supra-minimale » dans le diagnostic du rétrécissement aortique pur ou associé à l'Insuffisance aortique, par MM. Camille LIAN et P. GEISSMAR (*Presse Médicale*, n° 58, 22 juillet 1939).

« extra-cardiaque, cardio-pulmonaire. Nous pensons
« qu'assez souvent il est orificiel et lié au simple éré-
« thisme cardiaque : grande vitesse et brusque pénétra-
« tion de l'ondée sanguine dans l'aorte; chute tension-
« nelle plus grande, car le sang lancé sous une plus forte
« pression (Mx souvent élevée dans l'éréthisme cardiaque
« et, a fortiori, dans l'Insuffisance aortique), arrive dans
« l'aorte où la Mn est anormalement basse.

« Quoi qu'il en soit de cette explication hypothétique,
« le fait est indiscutable. Grande est donc l'inexactitude
« du schéma didactique : double souffle dans l'Insuffi-
« sance aortique (Hodgson), souffle diastolique isolé
« dans l'Insuffisance aortique pure (Corrigan). En effet,
« l'Insuffisance aortique rhumatismale se traduit sou-
« vent par un double souffle : au souffle diastolique est
« assez souvent associé un souffle systolique lié, soit à
« un rétrécissement aortique, soit même à de l'aortite
« rhumatismale, ou à de la sclérose aortique se produi-
« sant à la longue... »

Evidemment, cette question de la « Zone supra mini-
male » est en dehors de notre sujet, mais nous trouvons
dans cet article une confirmation autorisée de nos pro-
pres constatations. Encouragé, nous avons alors élargi
nos investigations et avons voulu voir, après avoir relu
l'œuvre de CORRIGAN sur la maladie qui porte son nom,
si personne avant lui n'avait étudié l'Insuffisance aorti-
que : c'est alors que nos recherches bibliographiques
nous montrèrent que deux auteurs au moins, l'un près
de cent vingt ans plus tôt, l'autre presque en même
temps que lui, avaient décrit, comme CORRIGAN, l'Insuf-
fisance des valvules aortiques.

Il nous parut dès lors qu'il était peu justifié de lais-
ser son seul nom attaché à cette maladie : nous avons
alors soumis notre projet à M. le Professeur LIAN qui a
bien voulu nous conseiller d'y consacrer notre Thèse
inaugurale et nous a fait le grand honneur d'accepter de
la présider.

REMARQUES SUR L'HISTOIRE DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE

Nous savons aujourd'hui qu'il existe deux grandes variétés d'Insuffisance aortique : l'Insuffisance aortique d'origine artérielle, à laquelle on a donné le nom de « *Maladie de Hodgson* », et l'Insuffisance aortique d'origine endocarditique, dite « *Maladie de Corrigan* ».

Nous voudrions, dans notre Thèse inaugurale, tenter de démontrer que si D. J. CORRIGAN a magnifiquement décrit les caractères du pouls dans cette affection, il a donné comme signe d'auscultation caractéristique un souffle *systolique* de la base, et, qu'en tout état de cause, la part lui a peut-être été faite trop belle en attachant son seul nom à cette affection que d'autres avaient étudiée avant lui.

En feuilletant la bibliographie, nous retrouvâmes traces, en effet, d'un ouvrage de VIEUSSENS, datant de 1715, et au sujet duquel HUCHARD avait fait une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (1). Nous ne saurions mieux faire que de citer, presque « *in-extenso* », le travail de HUCHARD dans lequel il a bien montré l'importance de l'œuvre de VIEUSSENS. Voici ce qu'il en dit :

(1) Une rectification historique en faveur de VIEUSSENS, au sujet du Pouls et de la Maladie de Corrigan, par Henri M. HUCHARD (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 juillet 1894).

« En commençant cette communication, je suis presque tenté de m'excuser auprès de mes collègues d'interrompre pour un instant le cours de leurs travaux ordinaires pour traiter ici une question de priorité scientifique vieille de 188 ans ! Mais vous voudrez bien comprendre le motif qui me fait agir en songeant qu'aucun auteur, ancien ou moderne, n'a, jusqu'à présent, appelé l'attention sur ce fait historique. J'en excepte cependant l'auteur d'une Thèse inaugurale (Paris, 1892) sur « Les maladies du cœur depuis Erasistrate jusqu'à Sénac » : il signale l'observation d'Insuffisance aortique par VIEUSSENS, sans s'y arrêter suffisamment, et sans réclamer en faveur de notre compatriote la priorité qui lui est due.

« Sans doute, il est facile, en parcourant les auteurs anciens, de voir qu'ils ont parfois admirablement vu et décrit ce que nous désignons aujourd'hui par d'autres noms... »

Ayant cité plusieurs exemples de cette ingratitude à l'égard de nos anciens, HUCHARD poursuit :

« La communication actuelle me paraît plus importante, puisqu'elle est relative à la découverte d'une maladie, l'Insuffisance aortique.

« Je vais mettre les textes sous vos yeux, et vous jugerez avec moi, je le pense du moins, que s'il vient de donner un nom propre à cette affection, c'est celui de « Maladie de Vieussens » et non celui de « Maladie de Corrigan », qui est le plus conforme à la justice. Et cela est d'autant plus vrai que notre compatriote (né en 1642 dans un village du Rouergue, mort en 1714 d'après les uns, en 1716 d'après les autres), a écrit dans le siècle de la circulation du sang de HARVEY, et plus de cent ans avant la découverte de l'auscultation par LAENNEC. Il a écrit, notamment, deux ouvrages sur le cœur : le premier, très rare et que je n'ai pu encore me procurer (*Nouvelles décou-*

« *vertes sur le cœur*, Toulouse 1706); le second, duquel
« j'ai extrait l'observation remarquable que je vais rap-
« porter (*Traité nouveau de la Structure et des causes*
« *du mouvement naturel du cœur*, Toulouse 1715).

« VIEUSSENS connaissait assez bien le fonctionnement
« des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmo-
« naire, comme on peut en juger par le passage suivant
« qui concerne l'aorte :

« *Le sang que le ventricule gauche pousse de sa cavi-*
« *té dans celle de l'aorte en se contractant abaisse ces*
« *valvules; et le même sang qui vient de les abaisser*
« *les relève lorsque l'aorte se contracte, comme je l'ai*
« *prouvé ailleurs : c'est pourquoi il ne saurait prendre*
« *son cours en arrière. Ces mêmes valvules ont encore*
« *un autre usage qui a encore été inconnu jusqu'ici :*
« *car, à mesure qu'elles s'abaissent, elles couvrent les*
« *embouchures des artères coronaires droite et gauche,*
« *et empêchent par conséquent que le sang n'y entre,*
« *non plus que dans la graisseuse, lorsqu'elles sont rele-*
« *vées.* » (1)

« Voici maintenant l'histoire du malade en question :

« Jean Chiffort, âgé de 35 ans ou environ, d'un tem-
« pérament mélancolique, et sujet à l'épilepsie depuis
« longtemps, fut saisi il y a vingt ans d'un paroxysme
« de cette maladie, si violent qu'il faillit à (*sic*) en tom-
« ber dans l'apoplexie. Après avoir remarqué l'abatte-
« ment de ses yeux, la bouffissure et la pâleur de son
« visage, j'examinai son pouls qui me parut *fort plein,*
« *fort vite, dur, inégal, et si fort que l'artère de l'un et*
« *l'autre bras frappait le bout de mon doigt aussi fort*
« *que l'eût fait une corde fort tendue et violemment*

(1) Cette notion de la fermeture des ouvertures des artères coronaires au moment de la systole par le relèvement des valvules sigmoïdes a été reconnue fausse par les expériences physiologiques. (Note de HUCHARD.)

« *ébranlée*. Le pouls de ce malade, dont je n'avais ja-
« mais — ni n'espère de voir — de semblable, me per-
« suada qu'il était travaillé d'une violente palpitation du
« cœur.

« Lorsque j'eus examiné avec attention le pouls de ce
« malade, je dis qu'il y avait un polype considérable
« dans l'oreillette droite du cœur, et qu'il n'y en avait
« aucun dans ses ventricules, puisqu'il me paraissait,
« par la liberté de la respiration et par la plénitude et
« l'élévation du pouls, que le sang passait librement du
« droit dans le gauche, ce qui n'arrive jamais quand il
« y a un polype considérablement gros dans l'un ou l'au-
« tre. J'ajoutai qu'outre ce polype, il y avait *quelqu'autre*
« *chose extraordinaire et que je ne connaissais point*
« *dans quelque'autre endroit de ce viscère*, qui conduirait
« bientôt le malade à la mort.

« Le malade mourut en effet trois jours plus tard, et
« nous allons voir que VIEUSSENS, après avoir trouvé
« dans l'oreillette droite, un polype sur lequel il insistait
« en raison des idées alors régnantes, a cherché et décou-
« vert *ce quelque'autre chose extraordinaire* dont il par-
« lait, c'est-à-dire une Insuffisance aortique avec ses lé-
« sions caractéristiques, la dilatation « *extraordinaire* »
« du ventricule gauche, et l'explication du reflux san-
« guin dans ce ventricule.

« Vous avez vu qu'il a décrit aussi fidèlement que pos-
« sible les principaux caractères du pouls dit « *de Cor-*
« *rigan* »; je lui laisse maintenant la parole au sujet de
« l'Anatomie et de la Physiologie pathologiques.

« Le ventricule gauche était extraordinairement dila-
« té; les parois du tronc de l'aorte me parurent trop
« épaissies, fort dures et comme cartilagineuses; ses val-
« vules semi-lunaires étaient fort tendues et découpées
« dans leurs extrémités; toutes leurs coupures, qui
« avaient quelques rapports avec les dents d'une scie,
« étaient véritablement pierreuses.

« La trop grande tension de ces valvules (qui avaient
« perdu leur souplesse, dit-il dans un autre passage) fai-
« sait que le ventricule gauche ne pouvait pousser dans
« l'aorte le sang que le droit lui fournissait que par des
« contractions très violentes : *et comme elles étaient*
« *découpées, leurs extrémités ne pouvaient jamais s'ap-*
« *procher d'assez près pour ne laisser aucune ouverture*
« *entre elles : c'est pourquoi, toutes les fois que l'aorte*
« *se contractait, elle renvoyait dans le ventricule gauche*
« *une partie du sang qu'elle venait de recevoir.* C'était
« donc le dérèglement de ces valvules, causé par la ten-
« sion et les coupures pierreuses du tronc de l'aorte qui
« causaient la palpitation de cœur et le battement de cette
« artère qui se faisait par de fortes secousses.

« J'ai dit ci-devant, poursuit VIEUSSENS, que je n'ai
« jamais lu ni ouï dire que les anatomistes eussent ren-
« contré aucune altération sensible dans la tissure (*sic*)
« naturelle des valvules cigmoïdes (*sic*) de l'aorte. »

« Telle est l'observation réellement remarquable sur-
« tout pour le temps où elle fut recueillie et commentée,
« que j'ai cru intéressant de rappeler.

« Cette observation paraît avoir été oubliée pendant
« tout le XVIII^e siècle. SÉNAC n'en fait aucune mention,
« pas plus que de cette maladie, et, vers la fin du siècle
« dernier (1), nous ne trouvons que HUNTER, cité par
« KREYSIG, qui a trouvé une fois « les valvules de l'aorte
« plus dures, plus épaisses et plus ratatinées, de sorte
« qu'elles avaient dû retourner du sang depuis l'aorte;
« le cœur gauche était très grand ». Il paraîtrait encore
« que SELLE (2), vers la même époque, aurait vu un cas
« semblable et observé les caractères du pouls vibrant,
« mais je n'ai pu vérifier l'exactitude de cette assertion.

« Il n'y a rien à ce sujet dans CORVISART (*Essai sur*

(1) C'est HUCHARD qui parle en 1894.

(2) Beiträge zur prakt. Arzneiwissenschaft. (Note de HUCHARD.)

« *les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux* - 3^e édition, 1818). Quant à KREYSIG (« *Die Krankheiten des Herzens* - 3 volumes, 1814), il n'a pas décrit l'Insuffisance aortique, qu'il semble confondre avec les anévrysmes, ou n'y voir que l'hypertrophie du ventricule gauche. »

Telle est l'intéressante communication de HUCHARD. A ses commentaires, nous ajouterons quelques mots.

Evidemment, l'auscultation n'étant pas encore découverte, VIEUSSSENS ne pouvait décrire que les caractères extérieurement perceptibles de l'affection : il avait donc noté avec précision le faciès bouffi et pâle de son malade, et donné surtout une description fort imagée du pouls dont les caractères particuliers l'avaient tout spécialement frappé. N'est-ce pas là, déjà, chose bien méritoire, et digne d'être retenue à son actif ? Aussi, nous n'hésitons pas à nous rallier, en ce qui nous concerne, à l'opinion de HUCHARD, et reconnaissons bien volontiers à VIEUSSSENS une large antériorité dans cette étude : il semble bien être le premier, en effet, non seulement à avoir décrit les symptômes extérieurement contrôlables de l'Insuffisance aortique, mais, encore à en avoir, d'après la pièce anatomique, compris et expliqué le mécanisme.

Est-ce à dire qu'il fut le seul qui en ait écrit avant CORRIGAN ? Il ne le semble pas.

En continuant nos recherches sur le sujet, nous étions amené à lire le très remarquable article que publiait F.-A. ARAN, alors jeune Interne des Hôpitaux de Paris, et dans lequel il faisait une mise au point magistrale de la question (1). Voici ce qu'il dit de l'historique de cette affection :

(1) Recherches sur les signes et le diagnostic de l'Insuffisance des valvules de l'aorte, par F.-A. ARAN, Interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, Lauréat des Hôpitaux, etc. : in : *Archives Générales de la Médecine*, tome 15, 3^e série. Novembre 1842.

« La connaissance de l'Insuffisance des valvules du cœur est une des plus grandes découvertes de l'Anatomie pathologique moderne. Combien, en effet, de lésions variées devaient, avant cette époque, passer inaperçues aux yeux des observateurs ? Quelle ne devait pas être leur incertitude lorsqu'ils étaient forcés de rapporter des phénomènes fonctionnels très prononcés à des affections organiques souvent très légères ?

« Ce n'est pas que cette cause eût échappé à tous les observateurs; les insuffisances avaient, bien certainement, été entrevues par STOLL, par MORGAGNI, par SELLE, par SÉNAC; mais tout ce qu'ils en avaient dit était oublié depuis longtemps, et lorsque ELLIOTSON et HOPE signalèrent ces nouvelles espèces de maladies du cœur, ils rendirent un immense service à la Science. Car, il faut l'avouer, sans cette découverte, le diagnostic des maladies du cœur, et des valvules en particulier, serait encore dans l'enfance.

« Le but de ce mémoire n'est pas de tracer une histoire complète de l'Insuffisance des valvules de l'aorte. Décrite pour la première fois en Angleterre par HOPE en 1831, et presque en même temps par CORRIGAN qui avait cru l'avoir trouvée le premier; en France par MM. GUYOT et LITTRÉ en 1834... », etc...

Ainsi donc, pour ARAN, la question ne fait pas de doute : HOPE a décrit l'Insuffisance aortique en 1831 et CORRIGAN a publié son article sur cette affection en 1832...

Prenons donc les textes.

L'ouvrage de HOPE, qui porte le titre de : « *A Treatise of the diseases of the Heart and great Vessels* » a été publié à Londres en 1832. Il ne nous a pas été possible de nous procurer cette première édition, car la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris ne possède que la deuxième, éditée à Londres en 1839. Par contre, nous avons été assez heureux pour trouver, dans cette même Bibliothèque, la traduction en allemand de cet

ouvrage, parue à Berlin en 1833 (1). Une précision intéressante quant aux dates nous est donnée dès les premières pages : la préface de HOPE est datée de Londres, novembre 1831. Or, si l'on tient compte de ce fait qu'il faut plusieurs mois, sinon plusieurs années, pour écrire et faire éditer un ouvrage de cette importance (500 pages), il est bien vraisemblable que ce Traité a été écrit, sinon publié, avant l'article que CORRIGAN faisait paraître dans un périodique d'Edimbourg le 1^{er} avril 1832. Il est bien possible également que, prêt à être vendu à la fin de 1831, le Traité de HOPE ait été, pour des raisons commerciales, daté de 1832... Mais ce ne sont là que des hypothèses !...

Quoiqu'il en soit, avant ou presque en même temps que CORRIGAN, HOPE, dans son ouvrage, consacrait à l'Insuffisance aortique les lignes suivantes : (2)

« SYMPTOMES D'UNE MALADIE DES VALVULES AORTIQUES »

« On entendra un des bruits adventices ci-dessus décrits (3) pendant la contraction du ventricule, au milieu du sternum. Plus fort à cet endroit qu'en tout autre, plus ou moins sifflant, il semble de par son siège superficiel, très voisin de l'oreille. Si cependant un tel bruit paraît plus fort le long de l'aorte ascendante qu'en

(1) Dr James HOPE. Von den Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe - Uebersetzung aus dem Englischen, mit einem Vorworte, Anmerkungen und Zusätzen, herausgegeben von Dr Ferd. Wilh. BECKER, Berlin 1833. Verlag von Theod. Christ. Fried. ENSLIN (pages 277 et 278).

(2) Traduit de l'allemand par l'auteur.

(3) Bruit de soufflet, Bruit le lime, Bruit de râpe, Bruit de scie et bruit sifflant.

« face des valvules, et que, de plus, il soit en même
« temps sifflant à la surface de la poitrine, c'est qu'il a
« sa cause dans un état pathologique de l'aorte elle-
« même. Souvent, dans ce cas, le bruit adventice s'étend
« jusqu'au voisinage même des valvules, de sorte qu'on
« est facilement enclin à les tenir elles-mêmes pour alté-
« rées, et il est, en fait, difficile de discriminer si elles
« le sont ou non.

« *Un souffle adventice peut s'ajouter au deuxième*
« *bruit du cœur si le sang, lors de son passage à travers*
« *les valvules de l'aorte, subit une régurgitation : on*
« *reconnait d'autant plus facilement la source de ce bruit*
« *qu'on le perçoit mieux au niveau de ces valvules et*
« *qu'il paraît plus près de la surface à cet endroit qu'en*
« *tout autre. Je ne l'ai jamais perçu bien fort et je doute*
« *qu'il devienne intense par la rapidité momentanée*
« *avec laquelle le ventricule se remplit de nouveau par*
« *la diastole, et que la régurgitation puisse être jamais*
« *bien importante. Si, par suite d'un état pathologique*
« *des valvules de l'aorte, le frémissement prend nais-*
« *sance — en même temps que le pouls — d'une manière*
« *inégaie et dure, c'est que le rétrécissement, déjà consi-*
« *dérable, doit être associé à de l'hypertrophie. »*

On remarquera que HOPE, contrairement à ce que nous verrons dans CORRIGAN tout à l'heure, donne bien au souffle de l'Insuffisance aortique son caractère *diastolique*; par contre, il ne décrit pas le pouls de l'Insuffisance sigmoïdienne, bien que, dans une autre partie de son ouvrage (*ibid* : pages 270, 271 et 272), il ait bien étudié les caractères variés du pouls, mais seulement dans les rétrécissements des divers orifices.

Il n'en reste pas moins que, après VIEUSSENS, lequel, nous l'avons déjà noté, ignorant l'auscultation, n'avait pu décrire que les signes extérieurement perceptibles de cette affection, nous trouvons dans son Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux la description par HOPE d'un bruit anormal, *diastolique*, traduisant la « ré-

gurgitation » du sang dans le ventricule gauche par suite d'un état pathologique des valvules de l'aorte.

Que va nous en dire CORRIGAN, à l'article duquel nous en arrivons maintenant ? (1)

« La maladie à laquelle le nom ci-dessus est donné
« n'a jamais été, à ma connaissance, décrite dans aucun
« des ouvrages sur les maladies du cœur. L'objet de ce
« présent article est de suppléer à cette déficience. La
« maladie n'est pas très rare. Elle représente une pro-
« portion considérable des cas de dérèglement de l'action
« du cœur, et elle mérite de retenir l'attention par ses
« signes particuliers, sa marche et son traitement. Le
« caractère pathologique essentiel de cette affection con-
« siste dans l'inefficacité d'action de l'appareil valvu-
« laire de l'aorte, en conséquence de laquelle le sang
« lancé dans l'aorte, reflue dans le ventricule. Cette ré-
« gurgitation, et les signes qui la dénotent, ne sont pas
« nécessairement en rapport avec une altération spé-
« ciale de la structure de ces valvules; c'est pourquoi le
« nom de : « *Béance permanente de l'embouchure de*
« *l'aorte, ou Insuffisance des valvules aortiques* » a été
« choisi comme exprimant simplement tel état de ces
« organes qui permet à la régurgitation de se produire.

« J'ai eu l'habitude, depuis quelques années, de dé-
« crire cette maladie sous le nom de « *Insuffisance des*
« *valvules aortiques* », mais comme le Docteur ELLIOT-
« SON dans son ouvrage élégamment écrit sur les mala-
« dies du cœur, a donné à un état morbide de l'orifice
« auriculo-ventriculaire sensiblement analogue le nom de
« *Béance permanente* », j'ai, pour cette raison, et dans
« un but d'uniformité, adopté cette terminologie, et je

(1) D. J. CORRIGAN. On permanent patency of the mouth of the Aorta, or Inadequacy of the aortic valves, in : *The Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1^{er} avril 1832. (Traduit de l'anglais par l'auteur.)

« continuerai à employer ce mot comme synonyme de
« mon propre terme d'*Insuffisance des valvules aor-*
« *tiques*.

« Les affections morbides des valvules et de l'aorte
« permettant cette régurgitation sont les suivantes :

« 1° Les valvules peuvent être absorbées dans des
« plaques, devenir ainsi réticulées et présenter des trous
« à travers lesquels le sang peut refluer.

« 2° Une ou plusieurs valvules peuvent être rompues :
« la valvule rompue, sous l'effet de la pression, se rabat
« vers le ventricule au lieu de maintenir et de supporter
« la colonne de sang dans l'aorte, le sang refluant alors
« à travers l'espace laissé par les valvules rompues.

« 3° Les valvules peuvent être épaissies ou enroulées
« sur elles-mêmes contre les parois de l'aorte, de sorte
« qu'elles ne peuvent pas se rapprocher les unes des au-
« tres à travers l'orifice du vaisseau : un passage subsiste
« donc entre les valvules, au centre de l'aorte, permet-
« tant ainsi au sang de refluer librement dans le ventri-
« cule.

« 4° Sans lésions organiques particulières, les val-
« vules peuvent être rendues inaptes à assurer leur fonc-
« tion par la dilatation de l'embouchure de l'aorte.
« L'aorte, atteinte d'un anévrisme, ou dilatée au voisi-
« nage de sa crosse comme cela est fréquent chez un
« sujet d'âge avancé, présentera souvent une dilatation
« s'étendant jusqu'à l'orifice du vaisseau et, dans ce cas,
« les valvules deviendront inefficaces, non du fait d'une
« maladie qui leur soit propre, mais parce que l'aorte
« se sera dilatée à un diamètre tel que les valvules ne
« pourront plus se rejoindre en son centre : le sang, com-
« me dans les autres exemples, refluera librement dans
« le ventricule. »

Suit alors l'explication des gravures accompagnant
le texte et montrant diverses pièces anatomiques.

Il nous paraît inutile de traduire intégralement la

totalité de l'article de CORRIGAN, car nous en avons de larges extraits dans les « *Archives Générales de la Médecine* », 1832, *Tome 30, pages 538 et suivantes* : aussi, nous nous référerons à ce texte pour ce qui suit, tout en continuant éventuellement à traduire certains passages essentiels.

CORRIGAN aborde le chapitre des symptômes généraux. Les signes diagnostiques de cette maladie sont les suivants :

1° Un mouvement de pulsations, d'ondulation dans les artères de la tête et du cou : c'est la *pulsation visible*.

2° Un *Bruit de Soufflet* (1) dans la partie ascendante de l'aorte, les carotides et les sous-clavières.

3° Ce bruit de soufflet est accompagné d'un *Frémissement* (2), d'une sorte de bouillonnement perceptible au toucher lorsqu'on applique le doigt sur les carotides et les sous-clavières. Le *pouls* est constamment *plein*.

Ces trois signes sont si intimement liés avec les causes pathologiques de la maladie et proviennent si directement de l'insuffisance mécanique des valvules aortiques qu'ils sont une indication, sans erreur possible, de la nature de la maladie.

Pour comprendre leur valeur, il est nécessaire de considérer leur relation avec la cause qui les produit.

Dans l'état parfait du système valvulaire aortique, les valvules semi-lunaires, aussitôt après chaque contraction du ventricule, sont rejetées en arrière par la pression de la colonne sanguine et, si elles sont adéquates à leur fonction physiologique, elles retiennent cette colonne de liquide et maintiennent ainsi, distendus, l'aorte et les gros vaisseaux qui conservent alors à peu près le même calibre, pendant leurs systoles et diastoles. Si, par contre,

(1) En français dans le texte.

(2) D°

pour une des raisons énumérées ci-dessous, les valvules ne remplissent pas leur rôle, une partie du sang qui vient d'être projeté dans l'aorte revient dans le ventricule, en plus ou moins grande quantité selon la gravité de la lésion. De ce fait, l'aorte et les vaisseaux qui en partent, déchargés d'une partie du sang qu'ils contenaient, deviennent flasques (1) ou diminués de diamètre. Alors qu'ils sont dans cet état, le ventricule se contracte de nouveau et projette rapidement dans ces vaisseaux une quantité de sang qui les dilate soudainement et grandement. La diastole de ces vaisseaux est ainsi marquée par une si grande et si soudaine augmentation de leur calibre que ceux-ci présentent, cette *pulsation visible* qui constitue un des signes de la maladie.

Le fait que cette pulsation visible des artères soit due à la cause mécanique que nous lui assignons est rendu évident par différentes circonstances :

Elle est surtout marquée dans les artères de la tête et du cou, qui se vident le plus facilement dans l'aorte et le ventricule.

Dans les artères des membres inférieurs, même d'une dimension plus grande que celles de la tête et du cou, elle n'atteint jamais un degré comparable et n'apparaît pas, en particulier, lorsque le malade est debout ou assis.

(1) On pourrait objecter au mot « flasque » que les artères, étant capables de contraction, quelle que soit la quantité de sang qu'elles contiennent, ne sont jamais flasques. En utilisant ce mot, on ne veut pas dire que les parois des artères, comme les veines aplaties, viennent à se toucher, mais simplement ceci que, après avoir reçu une certaine quantité de sang, du fait de la régurgitation dans le ventricule, et pendant qu'elles sont dans cet état, elles sont moins tendues que lorsque, à la diastole suivante, par un nouvel apport de sang, elles sont distendues jusqu'à leur limite d'extension. (Note de CORRIGAN.)

Elle est plus marquée dans les vaisseaux de la tête et du cou en position verticale que dans le décubitus.

Un malade, atteint de cette affection, avait fait de lui-même une remarque qui prouve la justesse de cette assertion : quand il élevait les bras perpendiculairement au-dessus de la tête, il s'apercevait aussitôt que les mouvements de pulsation des artères du bras et du poignet devenaient bien plus apparents; cette situation favorisait le retour du sang dans l'aorte, il voyait manifestement ces vaisseaux s'affaïsser puis se distendre aussitôt après la contraction du ventricule. Le même effet s'observait dans les membres inférieurs, selon que le malade se tenait les jambes pendantes ou que, couché, il les maintenait élevées sur un plan oblique.

Il semble que la force du cœur n'a pas grande action sur la production de cette singulière pulsation, car elle présente des variations dans sa force et sa durée et, le plus souvent, elle n'est point apparente dans les artères des membres inférieurs.

On peut objecter que cette explication du phénomène que nous examinons n'est pas toujours applicable aux membres supérieurs, étant donné que, s'il se manifeste lorsque les bras sont croisés ou pendants le long du corps, il faudrait admettre que le sang remonte dans les vaisseaux contre son propre poids pour aller se déverser dans l'aorte. A cette objection, CORRIGAN répond : tandis que le sang des artères sous-clavières reflue dans l'aorte et le ventricule, celui des brachiales est nécessairement entraîné en partie dans ce sens rétrograde, d'autant plus que, par suite de l'élasticité de leurs parois, ces vaisseaux reviennent sur eux-mêmes, consécutivement à la déplétion momentanée des sous-clavières. C'est donc sous l'influence de cette double cause que les artères brachiales se vident en partie et diminuent notablement de volume pendant la systole du cœur, de même que les carotides et les sous-clavières. On conçoit dès lors que le sang qui est immédiatement après lancé par le cœur, les distende

de même que les sous-clavières, d'où résulte dans tous ces vaisseaux une pulsation visible.

Mais les artères des membres inférieurs ne sont pas dans les mêmes conditions. Les artères des membres supérieurs sont, comme nous venons de le voir, aidées à laisser refluer le sang vers le cœur par le courant rétrograde des carotides et des sous-clavières; par contre, dans les artères des membres inférieurs, le sang qui y circule supporte la pression de la forte colonne sanguine contenue dans l'aorte descendante, ce qui empêche tout retour; mais si on suppose un instant que, de la masse de sang qui existe dans l'aorte descendante, une petite partie reflue dans la crosse, on comprend que cela peut produire un léger changement dans le contenu des iliaques et des fémorales; et, bien plus, que la colonne sanguine de l'aorte descendante soit ou non diminuée de diamètre, la pression exercée sur le sang contenu dans les iliaques et les fémorales restera la même et gardera ces vaisseaux distendus.

Si, toutefois, nous modifions les rapports de ces différents vaisseaux avec la crosse de l'aorte de manière à faciliter le reflux du sang qui y circule, par exemple, pour les artères radiales, en élevant les bras perpendiculairement au-dessus de la tête, ou, pour les iliaques et les fémorales, en plaçant le malade en décubitus, les jambes surélevées par rapport à un plan horizontal, la pulsation visible devient beaucoup plus marquée dans ces artères respectives.

Le *Bruit de Soufflet* que l'on entend dans l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières, et le *Frémissement* qui l'accompagne dans ces mêmes artères, doivent être étudiés à leur tour.

Le *Bruit de Soufflet* qui est caractéristique de cette maladie est *dur*, comme je l'ai déjà montré, dans l'aorte ascendante, dans sa crosse, dans les carotides et les sous-clavières. Il peut être suivi en remontant depuis la qua-

trième côte, le long du trajet de l'aorte. Il augmente de valeur de bas en haut, jusqu'à ce qu'on le perçoive avec une grande intensité à la partie supérieure du sternum, là où la crosse de l'aorte se rapproche le plus de cet os; puis, se divisant à droite et à gauche, il peut être suivi des deux côtés dans les carotides et les sous-clavières : dans ces troncs, il prend une rudesse qu'il n'avait pas dans l'aorte. *Ce bruit de soufflet est isochrone avec la pulsation visible, avec la diastole des artères* (1). Il est également perceptible quel que soit l'état, sain ou morbide, de l'aorte ou de ses branches.

« Pour comprendre la présence de ce signe et pour expliquer pourquoi il s'étend à ce niveau, si loin du siège de la maladie et le long de vaisseaux silencieux, il est nécessaire de se référer à un article publié dans « *The Lancet* » de 1829, vol. ii, page 1. Des observations continues depuis cet article jusqu'à maintenant ont confirmé l'idée qu'on s'était faite à l'époque de la cause de ce bruit singulier et du fait qu'il est purement dépendant d'une cause physique, d'un changement mécanique dans le mode d'écoulement du liquide. »

Et CORRIGAN d'exposer les détails de l'expérience qu'il mentionne, qu'il reprend à son tour et donne pour base à sa théorie :

« Qu'on adapte, dit-il, une portion d'artère ou d'intestin grêle à un tube dans lequel on entretiendra un courant d'eau assez rapide : si le jet de liquide est maintenu de manière à ce que la portion d'artère ou d'intestin soit constamment distendue, le passage de l'eau se fera sans produire aucun bruit. Si, au contraire, *on comprime un des points du tube*, de façon que la quantité d'eau qui arrive au delà de ce point ne soit plus suffisante pour maintenir le reste du tube distendu, alors,

(1) « This « *Bruit de soufflet* » is synchronous with the visible pulsation, with the diastole of the arteries ».

dans cette portion incomplètement dilatée, en quelque sorte flasque, on entendra un bruit de soufflet plus ou moins fort, suivant la rapidité et la force du courant qui la traverse; en outre, on sent manifestement au toucher un frémissement léger, dû aux vibrations des parois de cette portion du tube, produit par le choc du liquide qu'elles renferment. On peut aussi parfaitement imiter les pulsations ou le mouvement d'ondulation signalés plus haut en diminuant et en augmentant alternativement la force et la quantité de l'injection poussée dans le tube. »

Nous n'entrerons pas dans les détails de cette expérience qui sont exposés fort au long par CORRIGAN et qu'il applique à ce qui se passe dans l'aorte et ses branches lorsque les valvules sigmoïdes ne s'opposent plus à la rétrogradation d'une partie du sang dans le cœur, mais étudierons l'application qu'il en fait à l'Insuffisance aortique :

« Lorsque, dit CORRIGAN, les valvules aortiques sont
« pleinement aptes à remplir leur fonction d'obturation
« parfaite de l'embouchure de l'aorte et qu'elles empê-
« chent ainsi toute régurgitation du sang, l'aorte et ses
« branches sont maintenues tout à fait distendues; le
« sang, à chaque contraction du ventricule, est lancé *en*
« *masse* (1) et il n'y a ni tremblement, ni mouvement
« vibratoire des parois de l'aorte, des carotides et des
« sous-clavières. Mais quand les valvules, devenues inef-
« ficaces, permettent à une partie du sang contenu dans
« l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières,
« de refluer dans le ventricule gauche après chaque con-
« traction, alors l'aorte et ces vaisseaux deviennent par-
« tiellement flasques, comme dans le tube flexible au
« cours de la deuxième partie de l'expérience; et, à la
« prochaine contraction du ventricule, le sang ascendant

(1) En français dans le texte.

« rencontre le courant inverse, ce qui met en vibrations
« les parois des artères; et ces vibrations donnent, à
« l'oreille, le bruit de soufflet, et, au doigt, le frémisse-
« ment... »

« Dans certains cas, dit-il quelques lignes plus loin,
« où la déficience des valvules est considérable et per-
« met au sang de refluer à plein vaisseau, on entend un
« double Bruit : le premier, accompagnant la dias-
« tole de l'artère, le deuxième immédiatement après; et
« en prêtant bien attention aux deux sons constituant
« ce double Bruit de soufflet, l'impression faite distinc-
« tement à l'oreille est que le premier bruit est causé
« par le courant ascendant du sang dans l'aorte, le se-
« cond par son reflux dans le ventricule. Il est impos-
« sible, pour ceux qui n'ont pas entendu ce double bruit,
« de se faire une idée de la netteté avec laquelle l'im-
« pression ainsi décrite est donnée à l'oreille. »

Nous reviendrons plus tard sur ce qu'il convient de penser de cette explication du double bruit de soufflet; pour l'instant, nous nous contenterons de faire remarquer que l'interprétation que donne CORRIGAN des phénomènes qui se passent dans son dispositif expérimental est loin de confirmer sa thèse sur l'origine du souffle dans l'Insuffisance aortique : en effet, il est aujourd'hui de notion courante que c'est la diminution du calibre du vaisseau par une compression locale qui crée le souffle, et non pas la variation de la quantité de liquide passant au delà du point considéré. Autrement dit, CORRIGAN, par sa manœuvre, créait artificiellement un rétrécissement, produisait ainsi un souffle et, par un raisonnement erroné, attribuait ce phénomène à une alternance de dilatation et d'affaissements d'une partie du vaisseau sous l'effet des variations de la pression. On peut donc, dans l'espèce, lui reprocher d'avoir manqué de sens critique dans son expérimentation, chose d'autant plus étonnante qu'il conseille, — nous le verrons plus loin, — d'éviter d'exercer une pression avec le stéthoscope lors-

qu'on ausculte un gros vaisseau, faute de quoi on produit un souffle !

CORRIGAN fait ensuite l'historique et décrit la marche de la maladie.

Sur onze cas observés par lui, il en a rencontré deux seulement chez les femmes et, chez elles, le reflux du sang ne dépendait pas d'une altération des valvules sigmoïdes, mais de la dilatation avec amincissement des parois de l'aorte à son embouchure, dilatation qui rendait impossible le rapprochement des valvules. Il n'en a pas observé d'exemple chez les enfants; le plus jeune des malades qu'il a vus avait vingt ans. A cet égard, dit-il, cette maladie diffère notablement du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qu'il est assez commun d'observer chez les enfants jeunes et encore à la mamelle. Les causes de l'Insuffisance que nous étudions sont, pour lui, généralement obscures : sur un des sujets observés par CORRIGAN, il note qu'elle paraissait avoir succédé à une péricardite rhumatismale; chez quelques autres, elle s'était développée à la suite de phlegmasies chroniques des organes thoraciques. Pour le plus grand nombre, il ne pouvait assigner aucune cause probable à son développement.

Les signes qui peuvent en révéler l'origine et les premiers progrès sont très variés. Quelques malades se plaignaient d'une oppression et d'un « *resserrement de la poitrine* », de palpitations du cœur sous l'influence de l'exercice le plus modéré, symptômes auxquels s'étaient joints, après un laps de temps plus ou moins long, des accès de toux, d'asthme, terminés par une expectoration abondante. Quelques malades, par contre, ont à peine toussé pendant toute la durée de la maladie jusqu'à la mort. Cependant, à mesure que le mal fait des progrès, l'anxiété et l'oppression augmentent, les quintes de toux deviennent plus fréquentes, le malade est menacé de suffocation et souvent contraint de se lever de son lit pour aller respirer un air frais. Dans la dernière période, cette

maladie est accompagnée d'un état de souffrance insupportable : les malades n'osent rester couchés un instant dans la crainte d'étouffer; la face, d'abord pâle, devient violacée comme dans le catarrhe suffocant, les extrémités s'infiltrant, le sommeil est nul ou interrompu par des secousses inattendues; enfin ils succombent dans un état d'affaiblissement extrême. Le pouls ne bat jamais moins de 80 fois par minute, et varie entre ce nombre et 110 : il est toujours *plein et vibrant* jusqu'aux derniers moments du malade.

A la longue, sous l'influence de cette maladie, les ramifications superficielles des carotides, des brachiales, radiales et cubitales deviennent plus visibles sous la peau : elles sont plus volumineuses et tortueuses dans leur trajet.

Le frémissement des artères carotides et sous-clavières est quelquefois, dans une certaine étendue, aussi facile à sentir que le pouls à l'artère radiale. Dans tous les cas observés par CORRIGAN, le cœur était beaucoup augmenté de volume par suite de l'élargissement du ventricule gauche, dont la cavité et l'épaisseur des parois rappelaient par leurs dimensions celles du cœur du bœuf. Les autres parties du cœur, quoique développées en même temps d'une manière notable, étaient néanmoins très différentes de l'accroissement du ventricule gauche. Malgré cette hypertrophie considérable, l'impulsion du cœur est toujours moindre que dans l'état normal : chez quelques malades, on ne pouvait sentir aucun battement.

Cette maladie s'accompagne rarement d'hémorragies, et, après la mort, on trouve généralement les poumons dans un état sain, ce qui est dû à l'absence de toute altération de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et, par conséquent, au retour facile du sang des poumons dans le cœur.

La durée de cette maladie est très variable. CORRIGAN n'a vu succomber aucun malade avant deux ou trois ans

de souffrances; chez quelques-uns, la vie s'est prolongée sept ou huit ans sous l'influence du traitement employé. En général, la mort est d'autant plus rapide que le reflux du sang dans le cœur est plus considérable, et, par conséquent, que l'abolissement des fonctions des valvules de l'aorte est plus complète.

DIAGNOSTIC.

CORRIGAN poursuit :

La maladie produite par l'Insuffisance d'action des valvules sigmoïdes peut être confondue avec le rétrécissement de l'orifice de l'aorte, avec l'altération des valvules auriculo-ventriculaires, avec l'anévrisme de la crosse de l'aorte ou de l'artère innominée, avec les palpitations nerveuses, avec l'asthme. Le seul symptôme que l'on retrouve à la fois dans le rétrécissement de l'orifice de l'aorte et dans la maladie qui nous occupe, c'est le bruit de soufflet; mais le mouvement de pulsation n'existe que dans cette dernière. Le pouls est constamment petit, concentré, dans la première; il est constamment plein et large dans la seconde. Dans le rétrécissement aortique, on remarque un contraste frappant entre la petitesse du pouls, d'une part, et l'énergie des battements du cœur, d'autre part; ici, le contraire a lieu : le pouls est fort et plein, tandis que les battements du cœur sont à peine sensibles. Le bruit de soufflet qu'on entend lorsqu'il y a rétrécissement de l'ouverture auriculo-ventriculaire sera distingué de celui qui est produit par l'Insuffisance d'action des valvules aortiques aux caractères particuliers à ce dernier et que nous avons exposés avec détails.

On peut confondre cet état morbide avec un anévrisme de la crosse de l'aorte ou de l'artère innominée; la méprise est surtout facile lorsque ces vaisseaux sont très rapprochés de la base du sternum. On observe alors, au

bas du cou, un battement très prononcé qui peut faire croire à l'existence d'un anévrisme d'un volume considérable.

Il importe, non seulement pour le traitement, mais encore pour la tranquillité du malade, de ne pas oublier que ce défaut d'action des valvules peut simuler l'existence d'un anévrisme de l'aorte ou de l'artère innommée, par les battements qui se manifestent à la partie inférieure du cou car, dans l'anévrisme de l'aorte, le malade est à chaque instant menacé de succomber, et, malgré le peu d'espérance de guérison qu'on peut avoir, on l'oblige à s'abstenir de tout travail, afin de retarder au moins les effets du mal; tandis que, dans l'anéantissement de l'action des valvules sigmoïdes, la mort ne survient jamais subitement, et, en observant quelques précautions, le malade peut continuer de vaquer encore à ses occupations habituelles pendant plusieurs années.

L'anévrisme de l'aorte peut coexister avec le défaut d'action de ses valvules; nous avons vu, en effet, que la dilatation de ce vaisseau s'étend quelquefois jusqu'à son point d'insertion au ventricule gauche, et l'élargissement de ses parois peut être porté au point d'empêcher que les valvules sigmoïdes se rapprochent et se touchent lorsqu'elles se déploient pour soutenir la colonne de sang lancé par le cœur. Tels furent les premiers cas observés par CORRIGAN, et cette double altération lui rendit d'abord le diagnostic plus obscur, en ce sens qu'il attribuait à la dilatation anévrismatique de l'aorte les symptômes qui étaient dus à l'élargissement de son embouchure, comme le bruit de soufflet dans les carotides, etc... Lors donc que ces symptômes manqueront alors que l'on trouvera ceux de l'anévrisme de l'aorte, on devra penser que cette dernière maladie n'est pas accompagnée de la dilatation permanente de l'ouverture aortique.

Les palpitations causées par un trouble du système nerveux pourront parfois produire, dans les grosses artères qui avoisinent le cœur, un mouvement d'ondulation

très marqué, qu'on pourrait considérer comme le résultat d'une lésion des fonctions des valvules aortiques; chez des femmes, en particulier, on a vu de ces palpitations durer parfois pendant des mois et des années, et simuler de la sorte une lésion organique du cœur. Dans ce cas, si le mouvement d'ondulation des artères du cou n'est pas accompagné du bruit de soufflet et du frémissement que nous avons signalés, on pourra penser que ce phénomène est entièrement nerveux. Toutefois, on devra répéter l'examen du malade à plusieurs reprises, avant d'asseoir définitivement son diagnostic. Chez les personnes nerveuses et très impressionnables, l'émotion qu'elles éprouvent lorsqu'on les soumet à une exploration convenable cause momentanément une telle modification dans la circulation qu'il en résulte quelquefois un véritable bruit de soufflet dans les carotides et les sous-clavières. On doit être prévenu de la possibilité de cet effet passager. Une autre observation importante à signaler lorsqu'on examine un malade, *c'est de ne pas exercer la moindre pression avec le stéthoscope sur le vaisseau qu'on explore, car cette seule pression pourrait suffire pour y faire naître un bruit de soufflet très sensible à l'oreille*. Toutefois le bruit produit par cette cause est insignifiant et n'existe que momentanément, tandis que l'autre est continu, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Nous portons à l'actif de CORRIGAN cette dernière remarque qui fait honneur à son esprit d'observation, bien qu'elle s'oppose dans son essence même à la conclusion qu'il avait tirée de son expérience rapportée plus haut et dont nous avons noté l'erreur d'interprétation.

Après avoir rappelé qu'une toux avec accès convulsifs suivis d'expectoration de mucosités, peut être un des symptômes de cette maladie et ne doit pas être confondue avec une crise d'asthme, CORRIGAN aborde le chapitre du Traitement de l'Insuffisance aortique.

Il s'élève d'abord contre cette opinion généralement admise (à l'époque), sanctionnée par l'autorité de CORVI-

SART, BERTIN, LAENNEC, etc., que dans le traitement de toutes les maladies organiques du cœur, on doit s'attacher surtout à affaiblir les malades, à diminuer la quantité du sang et à modérer la circulation par l'emploi combiné du régime débilitant, des émissions sanguines, de la digitale, etc., puis il expose que, dans cette maladie qui résulte du défaut d'action des valvules aortiques, il faut d'abord considérer que, par suite de cette cause, les contractions du ventricule gauche ont besoin d'un redoublement de force pour soutenir constamment la colonne de sang que les valvules ne maintiennent pas dans l'aorte. Sous l'influence de ce surcroît d'activité du cœur, ses parois augmentent progressivement d'épaisseur et l'hypertrophie du ventricule gauche vient accroître la force de résistance que cet organe doit opposer. Aussi, CORRIGAN n'envisage pas ce changement apporté dans la structure du cœur comme une maladie, mais bien comme un effet salulaire de la nature qui donne à cet organe les moyens de résister aux efforts qu'il doit supporter. Ce faisant, il se montre particulièrement révolutionnaire pour l'époque et raisonne en bon physiologiste, ce qui n'était pas alors sans mérite.

D'après cette manière de voir, il ne peut exister pour lui de doute sur le mode de Traitement qu'il faut employer : si le cœur, dans son état naturel et normal, ne peut soutenir l'impulsion continuelle qui résulte du reflux du sang dans sa cavité, on concevra que c'est s'éloigner des indications même de la nature que de combattre l'hypertrophie du cœur. Il fait observer qu'on n'a jamais pensé à combattre l'hypertrophie du tissu musculaire de l'estomac consécutive au rétrécissement du pylore, ni celle de la vessie ou du rectum dans les cas de rétrécissement de l'urètre ou de l'intestin.

CORRIGAN donne alors les principes directeurs du Traitement qu'il préconise : une diète animale et végétale très substantielle, l'abstinence de certaines boissons qui,

comme la bière, augmentent fortement la proportion des liquides en circulation dans l'économie : telle sera la base du régime que doit suivre le malade.

On ne l'obligera pas à interrompre ses occupations habituelles, à moins que l'affaiblissement de ses forces ne rende nécessaire cette interruption. Et comme les personnes affectées d'une maladie du cœur craignent toujours d'être frappées de mort subite, le Médecin devra surtout éloigner cette idée du malade en lui démontrant que l'affection dont il est atteint n'a jamais la terminaison rapide qu'il redoute : on conçoit toute l'importance qu'il y a à entretenir chez lui le calme de l'esprit.

Nous ne nous étendrons pas sur les conseils que donne CORRIGAN au point de vue Thérapeutique. Notons seulement qu'il recommande de ne pas s'attaquer à la Tachycardie :

« La fréquence du pouls, qui varie habituellement entre 90 et 100 pulsations par minute dans cette maladie, et quelquefois davantage, ne doit pas inquiéter le médecin; car, plus l'action du ventricule gauche est répétée, plus elle s'oppose au reflux du sang. »

INTERPRÉTATION DES TRAVAUX DE VIEUSSENS, HOPE ET CORRIGAN

Nous avons, dans notre exposé, résumé l'œuvre de trois auteurs : VIEUSSENS, HOPE et CORRIGAN qui, les uns et les autres, ont, à des degrés divers, étudié l'Insuffisance aortique.

Nous allons maintenant demander à la critique de leurs travaux de nous conduire à nos conclusions.

VIEUSSENS, anatomiste et médecin, qui vivait au siècle même où HARVEY venait de découvrir et de prouver le phénomène de la circulation du sang, eut un jour à examiner un individu de 35 ans environ qui présentait, avec un regard abattu et un faciès pâle et bouffi, un pouls qui lui prouva que le cœur de son malade était atteint en quelque endroit de « *quelque chose extraordinaire et qu'il ne connaissait pas* ». Il nous donne une description très bien observée de ce pouls qui lui parut « *fort plein, fort vite, dur, inégal, et si fort que l'artère de l'un et l'autre bras frappait le bout de son doigt aussi fort que l'eût fait une corde fort tendue et violemment ébranlée* ». Ne trouvons-nous point là, en 1715, une description magnifique et singulièrement précise d'un symptôme capital de l'Insuffisance aortique ? Bien plus, son malade étant mort rapidement, ainsi qu'il l'avait prévu, VIEUSSENS, poussé par cette curiosité scientifique que nous connaissons bien, demande à l'autopsie la clef du mystère. Là encore, guidé par son esprit d'observation, il découvre une lésion de l'orifice aortique dont il étudie l'effet — mais non la cause — et il arrive à conclure

que les valvules sigmoïdes sont impropres à assurer leur fonction, car elles sont « *fort tendues et découpées dans leurs extrémités; toutes leurs coupures qui avaient quelques rapports avec les dents d'une scie, étaient véritablement pierreuses. La trop grande tension de ces valvules faisait que le ventricule gauche ne pouvait pousser dans l'aorte le sang que le droit lui fournissait, que par des contractions très violentes; et comme elles étaient découpées, leurs extrémités ne pouvaient jamais s'approcher d'assez près pour ne pas laisser aucune ouverture entre elles : c'est pourquoi, toutes les fois que l'aorte se contractait, elle renvoyait dans le ventricule gauche une partie du sang qu'elle venait de recevoir* ».

N'est-ce pas là une magistrale étude d'une maladie absolument inconnue à l'époque... et qui devait, d'ailleurs, retomber dans l'oubli pendant plus d'un siècle ?

La part de HOPE est plus grande encore, car cet auteur a eu le mérite de ressortir de l'oubli dans lequel elle était restée depuis VIEUSSENS, l'étude d'une affection confondue généralement par les médecins de son temps, avec l'anévrisme de l'aorte.

Cette fois, la séméiologie est plus poussée : c'est que LAENNEC est venu entre temps et que sa découverte géniale de l'auscultation a ouvert des voies nouvelles à l'étude des organes thoraciques.

HOPE connaissait bien les lésions des valvules mitrales et même pulmonaires; il connaissait également les signes du rétrécissement aortique et il avait étudié aussi les symptômes divers des anévrismes de l'aorte. C'est dans son « *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux* » qu'il consacre quelques lignes à l'Insuffisance aortique, mais ces lignes sont capitales :

« *Un souffle peut s'ajouter au DEUXIÈME BRUIT du cœur, si le sang, lors de son passage à travers les valvules de l'aorte, subit une régurgitation : on reconnaît d'autant plus aisément la source de ce souffle qu'il appa-*

raît plus fort au niveau de ces valvules, et plus près de la surface qu'en tout autre endroit. JE NE L'AI JAMAIS ENTENDU BIEN FORT, et je doute qu'il devienne intense par la rapidité momentanée avec laquelle le ventricule se remplit par la diastole, et que la régurgitation puisse être jamais bien importante. »

Ainsi, HOPE montre nettement le signe vraiment caractéristique de l'Insuffisance aortique : c'est un souffle *diastolique* et c'est un souffle *doux*. Cela ne suffit-il pas à souligner son mérite ?

Nous devons ajouter que dans la deuxième édition de son Traité, en 1839, HOPE a largement développé le chapitre de cette affection : il a donné à ce moment un signalement plus précis encore de ce souffle diastolique figuré par une onomatopée : le mot : « *awe* », prononcé en anglais, murmuré en aspirant, les lèvres à demi-fermées.

L'œuvre de CORRIGAN, de son côté, a également une grande valeur : son étude minutieuse des signes artériels de l'Insuffisance aortique est un véritable monument. Mais il n'en est pas de même de sa description du souffle de l'Insuffisance aortique, ainsi que nous le montrerons plus loin...

En ce qui concerne la pulsation visible, il la décrit magistralement, et cela suffit déjà à souligner la valeur de son étude. CORRIGAN a bien montré, en effet, le mécanisme même qui détermine cette exagération d'un phénomène physiologique, cette perception visuelle du pouls des carotides et des sous-clavières étant possible, à des degrés divers, à l'examen des sujets sains.

Combien frappante est sa description : « *A chaque diastole, les sous-clavières, les carotides, les temporales, les brachiales, et dans certains cas même, les artères palmaires, sont soudain rejetées hors de leur lit, BONDISSANT sous la peau* ». Ce terme est resté classique, et un tel pouls porte le nom de CORRIGAN, ce qui n'est que jus-

tice... bien que VIEUSSENS l'eût, avant lui, déjà décrit d'une manière bien vivante...

Et c'est d'une belle observation encore, cette note de CORRIGAN : « Le pouls *dans tous les cas est resté (sauf influence de la médication) plein et vibrant jusqu'à l'instant de la mort.* »

Parlerons-nous aussi du « *frémissement* » ? Il l'a également bien analysé et nous croyons le sentir sous nos doigts lorsqu'il dit : « ... *et dans les carotides et sous-clavières, là où elles sont accessibles au toucher, on sent un « frémissement », une sorte de bouillonnement, accompagnant avec le « Bruit de soufflet » chaque diastole de ces vaisseaux.* »

Mais c'est là — *Hic jacet lupus* — qu'apparaît une notion qui ne nous semble pas avoir jamais été soulignée jusqu'ici, et qui, cependant, justifie à elle seule notre désir d'associer un nom au moins — celui de HOPE — à celui de CORRIGAN : ce dernier donne au souffle qu'il décrit un caractère *systolique*, et c'est ce souffle *systolique* qu'il considère, avec la *pulsation visible* et le *frémissement* comme pathognomonique de cette affection ! Et ce souffle est « *dur* »... Ne sont-ce pas là des erreurs flagrantes et qui, pourtant, ne semblent pas avoir, jusqu'ici, été relevées dans la littérature ?

Nous savons bien — nous l'avons nous-même indiqué dans notre Introduction — qu'il existe souvent dans l'Insuffisance aortique un *double souffle*. M. le Professeur LIAN, dans son enseignement, a bien dit ce qu'il fallait penser du souffle systolique, qui est le type du souffle *orificiel sans lésions organiques et sans dilatation de l'orifice*. Il interprète de la façon suivante le mécanisme de ce souffle : il est établi que les valvules sigmoïdes, pendant la systole, ne sont pas appliquées contre les parois aortiques. Ainsi donc, il existe chez le sujet sain un véritable rétrécissement aortique physiologique pendant la systole ventriculaire. Mais, dans la production d'un souffle, il ne suffit pas que, sur le trajet d'une onde liquide,

il y ait une portion rétrécie suivie d'une portion dilatée : il faut encore que le liquide coule avec une vitesse suffisante. On s'explique ainsi qu'il n'y ait pas un souffle systolique aortique chez les sujets sains; mais si la systole ventriculaire se fait avec une énergie anormalement grande, le sang va franchir cet orifice avec une plus grande vitesse que chez un sujet sain. Ajoutons encore que, chez un sujet atteint d'Insuffisance aortique, le sang, lancé sous une forte pression par le ventricule gauche, arrive dans l'aorte où la pression minima est anormalement basse, et l'on comprendra que se trouvent ainsi réunies toutes les conditions pour que puisse se produire un souffle systolique à l'orifice aortique lorsqu'il y a insuffisance sigmoïdienne.

Toutefois — et cela découle encore de l'enseignement de M. le Professeur LIAN — il est exact, comme le remarque CORRIGAN, que l'on trouve un souffle systolique et un frémissement à l'examen des grosses artères chez un insuffisant aortique. Et ce souffle est susceptible d'être rude : c'est que les vibrations sont provoquées par les doigts qui palpent l'artère, la déforment, ou encore par le stéthoscope qui, appliqué sur elle, la rétrécit lui aussi; et c'est probablement la grande vitesse du courant sanguin qui permet l'éclosion de ce phénomène, souffle ou thrill. Mais il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'un signe propre à l'Insuffisance aortique : on peut le trouver également dans certains cas d'éréthisme cardio-vasculaire, en particulier chez les enfants.

On s'explique ainsi que CORRIGAN, ayant constaté ce phénomène chez des sujets porteurs d'Insuffisance aortique, et s'étant mépris sur le mécanisme de ce phénomène, ait pu en faire un signe caractéristique fondamental de l'Insuffisance aortique : il n'en reste pas moins que c'est une erreur.

C'est une erreur également — et c'est une erreur importante — que commet CORRIGAN dans le passage où il étudie le diagnostic différentiel du Rétrécissement et de

L'Insuffisance aortiques : on n'est pas peu surpris de voir que CORRIGAN trouve que le choc de la pointe du cœur n'est pas perceptible dans l'Insuffisance, alors qu'il le serait dans le Rétrécissement aortique !!

En fait, il est de notion courante que le choc de la pointe du cœur est très ample dans l'Insuffisance aortique, et ce détail a retenu l'attention de BARD, qui le décrit sous le nom de « *choc en dôme* ».

Si CORRIGAN a bien vu que le pouls est petit dans le Rétrécissement et « *ample et bondissant* » dans l'Insuffisance aortique, il dit nettement qu'il n'y a pas de différence dans l'auscultation : il entend, dans les deux cas, le bruit du souffle *systolique*, et il ne mentionne pas le moins du monde le souffle *diastolique* comme pouvant constituer un élément de distinction entre le Rétrécissement et l'Insuffisance. S'il mentionne l'existence d'un souffle *diastolique*, c'est dans ce passage que nous avons signalé plus haut en nous réservant de le critiquer : il indique la possibilité de l'existence d'un *double bruit* au foyer aortique, ou plutôt de deux bruits se succédant, et il les considère comme étant, le premier, le signe d'un courant ascendant, le second comme l'indice du reflux du sang; mais, dit-il, cela n'existe que dans les cas où l'Insuffisance valvulaire est totale ! Nous avons ainsi la preuve que, pour CORRIGAN, le souffle *diastolique* est un phénomène tout à fait *accessoire* et *inconstant* dans l'Insuffisance aortique !

CONCLUSION

Les trois auteurs dont les travaux sont à la base de nos connaissances sur l'Insuffisance aortique sont VIEUSSENS, HOPE et CORRIGAN.

VIEUSSENS, en 1715, a eu le grand mérite de découvrir une maladie jusqu'alors totalement inconnue et que son sens clinique lui a fait pressentir avant que l'autopsie ne vint confirmer ses impressions et lui donner l'explication des phénomènes qu'il avait remarqués.

Il n'est pas douteux que, si l'auscultation avait été connue de lui, il eût entendu, noté et décrit les signes stéthacoustiques de cette affection, et il eût ajouté cette description à celle, si imagée et si précise, qu'il a donnée des caractères du pouls.

HOPE, peu avant ou en même temps que CORRIGAN — la chose a, au fond, peu d'importance en soi — a également étudié l'Insuffisance aortique. Dès 1832, dans la première édition de son *Traité*, il indiquait comme signe cardinal de cette affection un souffle *diastolique*, *doux*, audible à la base du cœur. Plus tard, dans la deuxième édition de son ouvrage, datée de 1839, il apportait une description beaucoup plus détaillée de cette maladie et insistait davantage encore sur le caractère *doux* de ce souffle *diastolique*, qu'il représentait par une onomatopée fort précise. C'est vraiment lui qui a particulièrement souligné la valeur pathognomonique de ce signe qui suffirait, à lui seul, à faire porter le diagnostic d'Insuffisance aortique. Par contre, il a passé sous silence les caractères du pouls dans cette affection.

La part de CORRIGAN dans l'étude de cette maladie est considérable : nous lui devons une description magnifique du pouls « *ample et bondissant* » et de la « *pulsion visible* », signes de grande valeur, dont le premier au moins est un symptôme cardinal, et il les a décrits avec un grand luxe de détails.

Il nous sera permis de noter ici que ni l'un ni l'autre de ces auteurs n'a apporté une étude étiologique de l'Insuffisance aortique et que c'est à peine si CORRIGAN, dans l'une des observations qu'il rapporte, a noté l'existence d'une péricardite rhumatismale antérieure. Il nous semble donc, qu'en somme, le fait d'attacher le nom de CORRIGAN à l'Insuffisance aortique particulière, d'origine endocarditique, constitue déjà une anomalie. D'ailleurs, à tout bien peser, les signes stéthacoustiques de la Maladie de Hodgson sont à peu près les mêmes que ceux de la Maladie de Corrigan, et il n'est pas jusqu'au pouls bondissant qui ne se retrouve également dans la première, pour autant toutefois que l'athérome ne soit pas déjà assez ancien et généralisé pour avoir transformé toutes les artères en « *tuyaux de pipe* ».

Résumons-nous donc : on distingue actuellement deux variétés dans l'Insuffisance aortique : une Insuffisance d'origine artérielle et une Insuffisance d'origine endocarditique : on a donné le nom de « *Maladie de Hodgson* » à la première, celui de « *Maladie de Corrigan* » à la deuxième.

On fait ainsi la part trop belle à CORRIGAN, qui a laissé dans l'ombre le souffle *diastolique*, alors que ce symptôme est cardinal dans l'Insuffisance aortique, et on oublie ce qu'a fait HOPE, qui, au contraire, a bien donné à ce signe toute sa valeur diagnostique.

Enfin, on se montre injuste — ou mal informé — en ne rappelant pas le mérite de VIEUSSENS à qui l'on doit pourtant la première étude clinique et anatomopathologique de cette maladie valvulaire.

Il nous paraîtrait donc logique et justifié de dénommer « *Maladie de Vieussens* » l'Insuffisance aortique en général, de continuer à appeler « *Maladie de Hodgson* » l'Insuffisance aortique d'origine endocarditique et enfin, unissant dans un même honneur les noms des deux auteurs qui ont décrit, l'un le souffle diastolique, l'autre la pulsation visible et le pouls bondissant, de désigner sous le nom de « *Maladie de Hope-Corrigan* » l'Insuffisance aortique d'origine endocarditique.

Telle est la conclusion que nous voudrions tirer de notre modeste étude de ce point d'Histoire de la Médecine.

Vu,	Vu,
Le Doyen :	Le Président de Thèse :
BAUDOUIN.	C. LIAN.

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- F.-A. ARAN. — *Archives Générales de la Médecine*, Tome 15, 3^e série, novembre 1842.
- BESNIER. — Insuffisance aortique. Hypertrophie portant principalement sur le ventricule gauche. Souffle aux deux bruits du cœur. Autopsie. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1857, XXXII, 413-417.)
- E. BRAMWELL. — Corrigan's original description of aortic regurgitation : reference to some matters of historical interest. (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 13-19, janvier 1933.)
- L.-J. CHARCELLAY. — Maladies du cœur. Recueil d'observations sur l'Insuffisance des valvules aortiques. (*Thèse Paris*, 1836.)
- J. COCKLE. — Cases illustrating the physical signs of insufficiency of the aortic valves. (*Assoc. Med. Journal*, Londres, 1856, in : 160-182.)
- D. J. CORRIGAN. — On permanent patency of the mouth of the aorta, or inadequacy of the aortic valves. (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1^{er} avril 1832, XXXV, II 225-245, 1 planche.)
- P.-A. GUYOT. — De l'Insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques. (*Thèse de Paris*, 1834 et *Gazette Médicale de Paris*, 1834, 2^e série, II 545-551.)
- C. HEMPRICH. — Ein Fall von Insufficienz der Aorten Klappen. (Berlin, 1871.)

TRAVAUX RECENTS

- W. A. BECK. — Aortic regurgitation : diagnosis and differential diagnosis. (*J. Nat. M. A.*, 27 : 19-22, février 1935.)

BELLET, B. GOULET, C. F. NICHOLS et F. M. MAC MILLIAN. — Souffles diastoliques musicaux à timbre élevé au cours de l'Insuffisance aortique. (Essai sur leur cause et leur mécanisme. A. M. HEART J. 18 : 483, 1939, 4 octobre. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, sept.-oct. 1941, n° 9-10, page 364.)

C. LIAN et P. GEISMAR. — Importance du signe de la « Zone silencieuse supra-minimale » dans le diagnostic du rétrécissement aortique pur ou associé à l'Insuffisance aortique. (*Presse Médicale*, 22 juillet 1929.)

H. STANKA. — Zur Symptomatologie der Aorteninsufficienz. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 82 : 183, 31 janvier 1935.)

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S
